

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/24425>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

'Moe met drieëntwintig oe's'

J.W.M. VAN DER MEER EN L.D. ELVING

Dames en Heren,

Moeheid is een van de veelvoorkomende klachten die patiënten bij de door hen geconsulteerde arts uiten. Op onze polikliniek voor algemene interne geneeskunde heeft ongeveer 20% van de nieuwe patiënten moeheid als belangrijkste klacht (dit percentage is geflatteerd door de speciale belangstelling voor chronische-vermoeidheidsyndroom op onze polikliniek, maar ook op andere poliklinieken voor interne geneeskunde in den lande is het percentage hoog). Soms staat deze klacht op zichzelf, maar vaak wordt hij in een constellatie van andere klachten geuit. Veel ziekten gaan met moeheid gepaard. Dit geldt zeker voor infectieziekten, niet-infectieuze inflammatoire aandoeningen, tumoren en degeneratieve, endocriene en psychiatrische aandoeningen.

De klacht 'moeheid' is voor de meeste artsen moeilijk te hanteren en zowel in diagnostische als in therapeutische zin bestaat de neiging om nauwelijks of in het geheel niet op deze klacht in te gaan. Mogelijk om dezelfde reden is de pathofysiologie van moeheid niet diepgaand onderzocht.

Wanneer de medicus wordt geconfronteerd met een patiënt bij wie moeheid sterk op de voorgrond staat – zoals de patiënt die, toen gevraagd werd naar de reden van zijn komst, zei: 'Dokter, ik ben moe met drieëntwintig oe's' – zal hij zich in eerste instantie afvragen wat er achter de moeheid schuilgaat. In belangrijke mate is daarbij richtinggevend hoe lang de klachten bestaan. Het rapport van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL), waarvan de essentie in een artikel in dit tijdschrift is weergegeven,¹ gaat uit van 3 categorieën van ziekteduur, te weten korter dan een maand, 2-6 maanden en langer dan 6 maanden. In het advies wordt voor ieder van deze categorieën de aangewezen aanpak weergegeven, waarbij duidelijk is dat de huisarts een centrale rol heeft en dat uitgebreide specialistische screening niet op zijn plaats is. Dit laatste staat in scherp contrast met de uitgebreide 'defensieve' lijsten van te excluderen aandoeningen die men in de Amerikaanse consensusrapporten aantreft.^{2,3} Vooral het in het NIVEL-rapport geadviseerde screenende bloedonderzoek is beperkt (gericht op anemie, infectieziekten, diabetes mellitus en schildklierfunctiestoornissen). Dat betekent echter niet dat de medicus geen grondige anamnese hoeft op te nemen; dit blijft noodzakelijk, evenals

een goed lichamelijk onderzoek met aandacht voor de in de tabel aangegeven punten.

Naarmate de ziekteduur vordert, neemt de kans dat er sprake is van een nog niet gediagnosticeerde onderliggende ziekte sterk af, terwijl de kans dat het om het chronische-vermoeidheidsyndroom (CVS; voorheen ook wel 'chronische-moeheidsyndroom' genoemd) gaat, toeneemt. Door middel van de bespreking van twee patiënten wordt de aanpak van het probleem van de langdurig en ernstig vermoeide patiënt geïllustreerd.

Patiënt A, een 32-jarige juriste, bezocht in de zomer het spreekuur van een onzer wegens ernstige moeheidsklachten. Haar voorgeschiedenis vermeldde de ziekte van Pfeiffer rond het 16e jaar. Bijna een jaar geleden was zij op vakantie geweest in Indonesië, alwaar zij niet ziek was geweest; na deze vakantie voelde zij zich niet uitgerust. Tot in de winter merkte zij dat haar conditie slechter was dan tevoren. In februari kreeg zij griep met koorts, koude rillingen, spierpijn en hoofdpijn. Patiënte herstelde; toen zij echter weer aan het werk wilde, merkte zij dat dit niet ging. Zij was moe, kon zich niet concentreren, was langzaam en had last van spierzwakte. Na inspanning was het herstel traag. De dagen voltrokken zich in ledigheid. De slaap raakte gestoord; patiënte had 's nachts een 'onrustig' gevoel diep in haar armen en benen. Daarnaast waren er klachten over een zweverig gevoel in het hoofd. Voorheen was patiënte zeer actief, zowel in haar werk als in haar vrije tijd.

Tijdens de anamnese maakte patiënte een volstrekt redelijke en overtuigende indruk (bij de arts ontstond niet het gevoel van oninvoelbaarheid). Zij kwam als een sthenische jonge vrouw over. Bij lichamelijk onderzoek

Aandachtspunten bij het lichamelijk onderzoek bij patiënten met moeheid

aandachtspunt	afwijking kan wijzen op
habitus	ziekte van Cushing, hypothyreoïdie, acromegalie
schildklierstatus	hyper-/hypothyreoïdie
bloeddruk; orthostase	autonome disfunctie
gebitsstatus	focale infectie
lymfklieren	infectie, lymfoproliferatieve ziekte
pigmentaties	bijnierschorsinsufficiëntie
beharig	hypofysaire insufficiëntie
souffles over het hart	infectieuze endocarditis
lever en milt	lymfoproliferatieve ziekte, chronische hepatitis, cirrose
oedeem	decompensatio cordis, nefrotisch syndroom
spierkracht en reflexen	myopathie, multiple sclerose

Academisch Ziekenhuis, afd. Algemeen Interne Geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Prof.dr.J.W.M.van der Meer en mw.dr.L.D.Elving, internisten.

Correspondentieadres: prof.dr.J.W.M.van der Meer.

bleek dat zij in een goede algemene toestand verkeerde; er was geen enkele afwijking te vinden. Hoewel de klachten van patiënte, die inmiddels bijna een half jaar bestonden, compatibel waren met CVS, werd niet alleen het beperkte oriënterende laboratoriumonderzoek verricht; gezien het verblijf in Indonesië werd ook onderzoek gedaan naar virale hepatitis, omdat chronische hepatitis een belangrijke oorzaak van moeheid kan zijn,⁴ en de kans op deze ziekte na een verblijf in een tropisch land toegenomen is. Dit onderzoek had, evenals dat naar tuberculose, een negatieve uitslag.

Wij bespraken met patiënte dat zij waarschijnlijk traag herstelde van een infectieziekte en dat volledig herstel goed mogelijk was. Wij legden haar uit dat het niet zinvol was om in dit stadium al van CVS te spreken en dat het onze verwachting was dat zij geleidelijk aan zou herstellen. Er was geen bezwaar tegen voorzichtige uitbreiding van haar activiteiten. Bij controle in de maanden daarna bleek het zeer langzaam maar zeker beter met haar te gaan; zij leek stap voor stap greep te krijgen op haar lichamelijke activiteiten.⁵ Patiënte is inmiddels geheel hersteld, en teruggekeerd in het arbeidsproces. Inmiddels heeft zij een zwangerschap dooremaakt, waarbij de problemen niet terug zijn gekomen.

Patiënt B, een 49-jarige man, werd naar ons verwezen wegens ernstige moeheid en transpireren, klachten die ongeveer een jaar bestonden. Patiënt had daarbij gewrichtsklachten wat betreft de schouders en de rechter knie. Wegens deze laatste klacht onderging hij 6 maanden voor zijn verwijzing naar Nijmegen een artroscopie, waarbij een meniscuslaesie werd gevonden. Patiënt zou af en toe een subfebriele temperatuur hebben. Sinds het begin van de klachten was er libidoverlies en waren de erecties verdwenen. Vanwege deze problemen was hij onder behandeling van een uroloog. Het was zijn echtgenote opgevallen dat zijn borst- en okselhaar uitviel. Het schaam- en baardhaar was onveranderd. De verdere anamnese leverde geen bijzonderheden op.

Bij lichamelijk onderzoek zagen wij een door de zon gebruinde man, die een euthyreotische indruk maakte. Er waren geen tekenen van acromegalie of hypercorticisme. De bloeddruk was 160/80 mmHg met een pols van 80/min. Er was geen gynaecomastie. Inderdaad was borst- en okselhaar afwezig, terwijl schaam- en baardhaar aanwezig was. De testes waren wat week en maten 3 × 2 cm (links) en 3 × 1,8 cm (rechts). Behalve een lichte bewegingsbeperking van de rechter knie (daar had eerder de artroscopie plaatsgevonden) werden geen verdere afwijkingen gevonden.

Wij vermoedden een hypofysaire insufficiëntie en patiënt werd opgenomen voor analyse hiervan. De endocrinologische analyse toonde een hypofyseadenoom dat follikelstimulerend hormoon (FSH) produceerde, met als gevolg hypocorticisme en hypoandrogenisatie. Patiënt kreeg hormonale substitutie en, teneinde de hypofysetumor te doen schrompelen, bromocriptine. Toen de tumor na verloop van tijd verder groeide en er gezichtsvelduitval optrad, onderging patiënt een transsfenoïdale

hypofysectomie, met goed resultaat. De moeheidsklachten waren verdwenen.

Deze ziektegeschiedenissen geven ons aanleiding op een aantal punten te wijzen.

Bijkomende klachten niet overschatten. Patiënt A gaf spontaan het klachtencomplex aan zoals wij dit bij CVS kennen. Behalve moeheid waren er klachten over het bewegingsapparaat, concentratiestoornissen en slaapstoornissen. Hoewel deze begeleidende klachten zeker in belangrijke mate bijdragen aan de beperkingen in het dagelijkse leven, dient men ze blijkens Nijmeegs onderzoek niet het gewicht toe te kennen dat ze in de Amerikaanse criteria krijgen.^{2,3} Vercoulen et al. konden namelijk aantonen dat het aantal symptoomcriteria (uit de zogenaamde Holmes- en Fukuda-criteria) waaraan een patiënt voldoet,^{2,3} geen enkel verband vertoont met de ernst van de klachten (drs. J.H.M.M. Vercoulen, schriftelijke mededeling, 1995).⁵

Belang van de anamnese. Op grond van het klinisch beeld en bij uitsluiting van een aantal potentiële onderliggende oorzaken kan men de diagnose 'CVS' stellen. De anamnese is daarbij een niet te onderschatten instrument.

Aanloopfase tot de klachten. Bij onze eerste patiënt was niet onmiddellijk duidelijk wanneer de klachten waren begonnen. Een aanloopfase van verminderde conditie komt men in de anamnese van patiënten met CVS vaker tegen. Of de vakantie in Indonesië en de latere 'griep' een pathogenetische rol hebben gespeeld is onduidelijk; wellicht zijn het slechts attributies (zie hiervoor het artikel van Bleijenberg).⁶ Het is overigens niet zo dat alle patiënten met CVS een acuut begin van de klachten melden; in ons onderzoek was dit het geval bij slechts tweederde van de patiënten.⁷

Differentiaaldiagnose. Zowel bij patiënt A als bij patiënt B overwogen wij, rekening houdend met de duur van de ziekte, andere diagnosen dan CVS. Bij patiënt B werd de op grond van de anamnese en het lichamelijk onderzoek reeds vermoede hypofyse-uitval bevestigd.

Aanvankelijke terughoudendheid met de diagnose. Veel patiënten met CVS komen bij de dokter met de door henzelf gestelde diagnose 'ME' (een afkorting die staat voor myalgische encefalomyelitis, een ongelukkige term). Dit kan niet alleen irritatie bij de dokter opwekken, maar het kan ook het overwegen van andere diagnosen hinderen. Het is daarom goed een patiënt bij wie de diagnose 'CVS' nog niet door een medicus gesteld is, uit te leggen dat er voor het stellen van deze diagnose meer komt kijken en dat de klachten ook andere oorzaken zouden kunnen hebben.

Verder moeten wij terughoudend zijn met de diagnose 'CVS' wanneer de patiënt nog geen half jaar ziek is, ter vermijding van vroegtijdige fixatie op deze diagnose. Hoewel het laatste woord over iatrogene en andere exogene invloeden niet is gezegd, is het op grond van Engels onderzoek aannemelijk dat het gedrag van de dokter invloed heeft op de duur van de klachten van patiënten met moeheid.⁸

De diagnose wel stellen. Wanneer het evident is dat er sprake is van CVS dient de dokter ook de diagnose te stellen. Overigens is het stellen van de diagnose 'CVS' niet hetzelfde als een infauste prognose uitspreken. Uit grootschalige follow-uponderzoekingen weten wij dat bij een cohort patiënten met een mediane ziekteduur van 4,5 jaar zo'n 20% per 18 maanden een duidelijke verbetering liet zien.⁹

Prognostische factoren. Uit het genoemde follow-uponderzoek is ons bekend geworden dat een korte ziekteduur, een geringe mate van somatische attributie en een sterke mate van 'self-efficacy' (dat is de overtuiging bij patiënten dat zij de klachten kunnen beïnvloeden) prognostisch gunstig zijn. Dergelijke gunstige factoren waren bij patiënt A aanwezig. Door haar een goede verklaring te bieden voor haar klachten kon de arts een bijdrage leveren tot de afzwakking van de aanvankelijk aanwezige somatische attributie en een perspectief bieden op het klachtenbeloop, waardoor ook een sterkere self-efficacy kon ontstaan.⁶

Dames en Heren, patiënten met ernstige vermoeidheid hebben, ook wanneer de klachten langer bestaan, niet allemaal CVS/ME. De medicus dient de patiënt zorgvuldig te ondervragen en te onderzoeken. Is er geen onderliggende ziekte en voldoet patiënt aan de overige criteria voor CVS,¹ dan kan de diagnose 'CVS' worden gesteld. Bij de verdere begeleiding speelt de huisarts de belangrijkste rol.

Wij danken dr.G.Pieters, internist-endocrinoloog, en dr.G. Bleijenberg, klinisch psycholoog, voor hun hulp bij het maken van dit artikel.

ABSTRACT

'Tired with twenty-three i's'. – Two patients, a woman aged 32 years and a man aged 49, presented with severe chronic fatigue. The woman had chronic fatigue syndrome; she recovered slowly. The man suffered from a pituitary adenoma producing fol-

licle stimulating hormone; he recovered after transsphenoidal hypophysectomy. In patients with chronic fatigue, the history and a thorough physical examination to exclude underlying illness are very important; secondary symptom criteria must not be overemphasised (as is the case with the Holmes and Fukuda criteria). chronic fatigue syndrome should not be diagnosed if the condition has a shorter duration than 6 months, but it should be diagnosed if the clinical picture is compatible. The prognosis is not poor: in patients with a median disease duration of 4.5 years, 20% show significant improvement over an 18-month period.

LITERATUUR

- ¹ Meer JWM van der, Rijken PM, Bleijenberg G, Thomas S, Hinkelopen RJ, Bensing JM. Aanwijzingen voor het beleid bij langdurige, lichamelijk onverklaarde moeheidsklachten. Ned Tijdschr Geneeskde 1997;141:1516-9.
- ² Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, Komaroff AL, Schonberger LB, Straus SE, et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. Ann Intern Med 1988;108:387-9.
- ³ Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff AL. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. Ann Intern Med 1994;121:953-9.
- ⁴ Merican I, Sherlock N, McIntire N, Dusheiko GM. Clinical, biochemical and histological features in 102 patients with chronic hepatitis C virus infection. Q J Med 1993;86:119-25.
- ⁵ Vercoulen JHMM, Swanink CMA, Fennis JFM, Galama JMD, Meer JWM van der, Bleijenberg G. Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. J Psychosom Res 1994;38:383-92.
- ⁶ Bleijenberg G. Attributies en chronische vermoeidheid. Ned Tijdschr Geneeskde 1997;141:1510-2.
- ⁷ Swanink CMA, Meer JWM van der, Vercoulen JHMM, Bleijenberg G, Fennis JFM, Galama JMD. Epstein Barr virus (EBV) and the chronic fatigue syndrome: normal virus load in blood and normal immunoreactivity in the EBV regression assay. Clin Infect Dis 1995; 20:1390-2.
- ⁸ Cope H, David A, Pelosi A, Mann A. Predictors of chronic 'post-viral' fatigue. Lancet 1994;344:864-8.
- ⁹ Vercoulen JHMM, Swanink CMA, Fennis JFM, Galama JMD, Meer JWM van der, Bleijenberg G. Prognosis in chronic fatigue syndrome: a prospective study on the natural course. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996;60:489-94.

Aanvaard op 23 juni 1997

Commentaren

Chronische-vermoeidheidsyndroom

J.W.M.VAN DER MEER

Moeheid is een van de meest voorkomende klachten in de geneeskunde en treedt bij tal van ziekten op. Het is echter een klacht waarmee medici weinig kunnen, en niet zelden bagatelliseren zij vermoeidheidsklachten of gaan zij er niet op in.

Chronische-vermoeidheidsyndroom (CVS), ook wel aangeduid met de ongelukkige term 'myalgische encefalomyelitis' (ME), is niet zeldzaam.¹ Het is een van de meest omstreden problemen in de hedendaagse geneeskunde. In de gepolariseerde standpunten erover treffen wij de mening aan dat het geen ziekte-entiteit is, maar een modeverschijnsel; ook de mening dat het om een psychiatrisch ziektebeeld gaat, wordt veelvuldig verkondigd. Een ander standpunt, dat niet alleen door reguliere geneeskundigen en alternatieve hulpverleners wordt

Academisch Ziekenhuis, afd. Algemeen Interne Geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Prof.dr.J.W.M.van der Meer, internist.